

ANALISIS UNTUK PENERAPAN KEBIJAKAN: ANALISIS *STAKEHOLDER* DALAM KEBIJAKAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK DI KABUPATEN KEPAHANG

ANALYSIS FOR POLICY IMPLEMENTATION: *STAKEHOLDER ANALYSIS OF MATERNAL, NEONATAL AND CHILD HEALTH PROGRAM POLICY IN KEPAHANG REGENCY*

Iswarno¹, Mubasysyir Hasanbasri², Lutfan Lazuardi²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Kepahiang, Bengkulu

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Maternal, neonatal and child health (MNCH) program is a national priority programs in health development. In 2006 the Ministry of Health to provides the largest budget allocation to the KIA programs. This policy was taken in order to accelerate the decline in maternal mortality and infant through the implementation of the making pregnancy safer strategy (MPS) with focus on some activities that are considered to be cost effective. MNCH sustainability of the program depends on political commitment and support from stakeholders in the region. Therefore, stakeholder analysis is important for the implementation of policy to support the MNCH program.

Objectives: Assessing the political commitment of the local government to MNCH program in Kepahiang Regency.

Methods: This research is a descriptive, qualitative design with a case study. Unit of analysis is a research MNCH program stakeholder. How do the data with the brainstorming, depth interviews, reports and documents, and direct observation.

Results: Political commitment of the local government to maternal, neonatal and child health program is still low, this is evidenced by the lack of budget allocation maternal, neonatal and child health program. Essentially all stakeholders agree and support the program. The involvement of local stakeholders in the process of planning and budgeting programs is still lacking. Coordination among health agencies with key stakeholders in the planning and budgeting also are not running well, so often there are differences in understanding the program. Besides the quality planning activities are still considered low, and there is still weak advocacy capacity of health district office.

Conclusion: The small budget allocation for the program shows the commitment to maternal, neonatal and child health program of the local government is still low. This problem was more due to the quality of the program planning (design) that is not well-developed. Also the role and involvement of stakeholders in the planning process is still lacking.

Keywords: *Stakeholder, MNCH policy*

ABSTRAK

Latar Belakang: Program kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan program prioritas nasional dalam pembangunan kesehatan. Pada tahun 2006 Departemen Kesehatan memberikan alokasi anggaran terbesar untuk program KIA. Kebijakan ini diambil dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi melalui implementasi strategi *making pregnancy safer* (MPS) dengan melakukan penajaman pada beberapa

kegiatan yang dianggap *cost effective*. Kesinambungan program KIA sangat tergantung pada komitmen politik dan dukungan dari para *stakeholder* yang ada di daerah. Karenanya, melakukan analisis *stakeholder* menjadi penting untuk pengembangan kebijakan program KIA ke depan.

Tujuan Penelitian: Mengetahui bagaimana komitmen politik pemerintah daerah terhadap program KIA di Kabupaten Kepahiang.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, bersifat kualitatif dengan rancangan studi kasus. Unit analisis penelitian adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Kepahiang. Cara pengambilan data dengan melakukan *brainstorming*, wawancara mendalam, laporan-laporan dan dokumen, dan pengamatan langsung.

Hasil: Komitmen politik pemerintah daerah terhadap program KIA masih rendah, ini terbukti dengan minimnya alokasi anggaran program KIA. Meskipun pada dasarnya seluruh stakeholder setuju dan mendukung adanya program tersebut. Keterlibatan stakeholder lokal dalam proses perencanaan dan penganggaran program masih kurang. Koordinasi antara dinas kesehatan dengan stakeholder kunci dalam perencanaan dan penganggaran juga tidak berjalan dengan baik, sehingga sering terjadi perbedaan pemahaman tentang program. Selain itu kualitas perencanaan kegiatan dinilai masih rendah, dan lemahnya advokasi dinas kesehatan.

Kesimpulan: Kecilnya alokasi anggaran untuk program KIA menunjukkan komitmen pemerintah daerah masih rendah. Permasalahan ini lebih banyak disebabkan karena kualitas perencanaan (desain) program yang kurang baik disamping peran dan keterlibatan stakeholder dalam proses perencanaan masih kurang.

Kata kunci: *Stakeholder, Kebijakan KIA, Kabupaten Kepahiang*

PENGANTAR

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sampai saat ini masih menjadi permasalahan utama di Indonesia. Berdasarkan perhitungan dari Badan Pusat Statistik (BPS), pada tahun 2007 diperoleh AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 26,9 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini memang sudah cukup jauh menurun jika dibandingkan dengan tahun-tahun

sebelumnya. Data terakhir adalah dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003, yang menunjukkan AKI sebanyak 307 per 100.000 kelahiran hidup, dan AKB 35 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003).

Meskipun terus menurun, AKI dan AKB di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN lainnya. Akibat komplikasi kehamilan atau persalinan yang belum sepenuhnya dapat ditangani, masih terdapat 20.000 ibu yang meninggal setiap tahunnya di Indonesia. BPS memproyeksikan bahwa pencapaian AKI baru mencapai 163 kematian ibu melahirkan per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, sedangkan target dalam *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun tersebut adalah 102. Dengan demikian, bila dilihat dari kecenderungan penurunan AKI yang ada sampai dengan saat ini, sepertinya pencapaian target MDGs masih jauh dari harapan. Sedangkan untuk AKB, menurut proyeksi BPS (BPS-UNDP-Bappenas, 2005), pada tahun 2003 AKB terus membaik hingga mencapai 33,9 per 1.000 kelahiran hidup. Dengan kecenderungan perkembangan pencapaian AKB secara nasional seperti ini, pencapaian target MDGs pada tahun 2015 diperkirakan sudah akan tercapai pada tahun 2013¹.

Untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sesuai dengan target dan sasaran diatas, serta memperhatikan kesepakatan dalam penetapan *Millennium Development Goal* tahun 2015 (MDG), pada tahun 2006 pemerintah telah menetapkan program kesehatan ibu dan anak atau disebut juga dengan *Maternal Neonatal Child Health* (MNCH) sebagai salah satu program prioritas secara nasional. Untuk itu upaya yang dilakukan adalah fokus kembali (*refocusing*) pada intervensi jenis-jenis pelayanan esensial selama ini yang dinilai *cost effective*. Sementara itu, strategi yang diterapkan dalam upaya percepatan penurunan AKI dan AKB masih menggunakan strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) dengan melakukan penajaman pada beberapa jenis kegiatan².

Pelaksanaan program KIA dengan strategi MPS di Kabupaten Kepahiang dilakukan melalui beberapa kegiatan, yaitu: 1) pembentukan dan pengembangan desa siaga, 2) puskesmas mampu Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED), 3) *capacity building*, melalui berbagai pelatihan teknis dan manajerial, 4) revitalisasi posyandu, dan (5) pembentukan *District Team Problem Solving* (DTPS). Secara umum program ini telah memberikan banyak keuntungan dari aspek penyediaan pelayanan.

Berbagai upaya telah dilakukan dalam rangka menggalang dukungan dan komitmen politik dari

Pemerintah Kabupaten Kepahiang serta berbagai *stakeholder* lokal lainnya untuk kesinambungan program KIA. Mulai dari kegiatan-kegiatan yang bersifat formal dalam program KIA seperti sosialisasi dan advokasi program KIA melalui berbagai pertemuan dan penyusunan rencana, hingga yang bersifat non formal melalui *lobbying*. Upaya yang dilakukan sampai dengan tahun 2008 belum memperlihatkan hasil sebagaimana yang diharapkan, dimana alokasi anggaran untuk program KIA yang bersumber dari APBD sangat minim. Program KIA menunjukkan belum menjadi salah satu agenda politik penting dan prioritas dalam penganggaran di Kabupaten Kepahiang.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, bersifat kualitatif dengan rancangan studi kasus. Tujuannya untuk memperoleh gambaran dan penjelasan yang mendalam mengenai permasalahan penelitian. Oleh karena itu perhatian difokuskan pada masalah-masalah yang bersifat aktual dalam *setting* alamiah. Kebijakan program KIA merupakan sebuah proses politik. Oleh sebab itu, peristiwa atau fenomena proses kebijakan tersebut tidak dapat dimanipulasi, dan memerlukan multi sumber bukti untuk dapat mempelajarinya yaitu melalui pendekatan studi kasus. Adapun yang menjadi kasus dalam penelitian ini adalah kebijakan program KIA di Kabupaten Kepahiang Provinsi Bengkulu.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Komitmen Politik Untuk Program Kesehatan Ibu dan Anak

a. Pernyataan Sikap Politik

Ada tiga indikator yang digunakan dalam menilai bagaimana komitmen politik untuk program KIA pada penelitian ini, yaitu: 1) berapa banyak pernyataan-pernyataan dukungan atau statemen dari para pemimpin, pejabat birokrat, politisi dan pembuat keputusan di daerah terkait dengan kebijakan, 2) berapa banyak peraturan daerah, dan atau keputusan bupati, kepala dinas yang dikeluarkan oleh para pengambil kebijakan untuk mendukung pelaksanaan program, dan 3) bagaimana pengalokasian sumber daya terutama anggaran untuk mem-back-up dukungan tersebut.

Berapa banyak pernyataan terbuka di depan umum atau di media massa yang dikeluarkan oleh para pemimpin, pejabat publik daerah, politisi, birokrat dan para pembuat keputusan yang menunjukkan dukungan mereka terhadap kebijakan program KIA sulit didapat. Berdasarkan catatan penulis selama mengikuti beberapa kali pertemuan, dalam pidato-pidato dan sambutannya Bupati Kepahiang sering-

kali menekankan pentingnya pembangunan kesehatan. Pernyataan dukungan dari para politisi, anggota legislatif, pejabat pemerintah daerah dan para pembuat keputusan yang ada selama ini masih lebih banyak sebatas lisan saja dan belum ada yang secara nyata menerima isu kemudian mengambil prakarsa untuk melibatkan diri dalam memperjuangkan isu itu bersama dengan yang lain, mereka lebih banyak menunggu apa yang akan diusulkan oleh dinas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu.

b. Dukungan Kebijakan

Secara tertulis juga belum ada dokumen berupa peraturan daerah atau keputusan bupati yang secara khusus memberikan perhatian untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak. Namun, ada satu kebijakan pemerintah daerah yang mengarah kepada dukungan terhadap program KIA, yaitu pengangkatan perawat dan bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) daerah sejak tahun 2006 hingga sekarang. Perawat dan bidan PTT daerah tersebut diangkat berdasarkan surat keputusan bupati dan mendapat gaji dari dana APBD.

Satu-satunya dokumen yang memuat tentang prioritas program KIA adalah Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Kepahiang Tahun 2005-2009. Akan tetapi dalam proses penyusunannya belum melibatkan *stakeholder* secara optimal, sehingga belum ada pembagian peran dan fungsi yang jelas dari masing-masing pihak yang terkait dengan program KIA.

c. Alokasi Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak

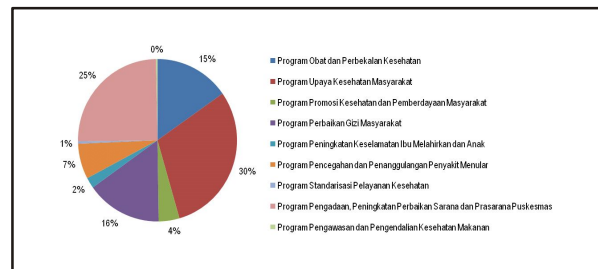
1) Proporsi sumber alokasi anggaran

Berdasarkan hasil penelusuran dokumen dan laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Kepahiang, sejak tahun 2006-2008 terdapat tiga sumber pembiayaan untuk program KIA. Sumber pembiayaan tersebut berasal dari: 1) Proyek DHS1 ADB Provinsi Bengkulu, 2) dana Dekonsentrasi, dan 3) Dana Alokasi Umum (DAU)/APBD Kabupaten Kepahiang.

Tabel 1. Alokasi Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2006-2008

Sumber	Alokasi Anggaran (Rp)	Persentase
DHS	1,323,895,000	69%
Dekon	564,170,000	30%
APBD	17,000,000	1%

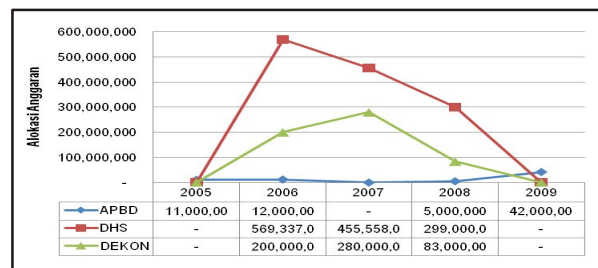
Jika dibandingkan dengan alokasi anggaran program-program kesehatan lainnya, proporsi alokasi anggaran untuk program KIA pada tahun 2008 sangat kecil.



Sumber: Data Anggaran DPA-SKPD Dinkes Kabupaten Kepahiang Tahun 2008

Gambar 1. Proporsi Alokasi Anggaran Program Kesehatan Tahun 2008

2) Trend alokasi anggaran



Gambar 2. Trend Alokasi Anggaran Program KIA (Rupiah)

Gambar di atas menunjukkan adanya kenaikan alokasi anggaran yang sangat drastis pada tahun 2006 dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Lonjakan anggaran terjadi pada sumber dana DHS dan dana dekon. Tahun 2007 dana DHS menurun, kemudian menurun lagi pada tahun 2008, hingga nol pada tahun 2009. Kecenderungan untuk dana dekon juga hampir serupa dengan dana DHS, terlihat meningkat pada dua tahun pertama kemudian menurun di tahun 2008 hingga nol pada tahun 2009. Alokasi anggaran dari dana APBD terlihat stagnan, hanya sedikit sekali terlihat naik pada tahun 2009. Tidak adanya lagi alokasi anggaran dari dana DHS pada tahun 2009 disebabkan karena proyek ini memang sudah berakhir di tahun 2008.

3) Teknik pengalokasian

Pengalokasian anggaran kesehatan dari Dana Alokasi Umum (DAU) (APBD) Kabupaten Kepahiang selama ini tidak menggunakan formula tertentu. Alokasi anggaran kesehatan yang diperoleh lebih didasarkan pada kemampuan *lobby*, penyampaian argumentasi, negosiasi dan kebutuhan. Demikian juga dengan alokasi anggaran untuk masing-masing program di dinas kesehatan. Besarnya alokasi anggaran setiap program didasarkan pada ketersediaan ang-

garan, kemudian apakah program sudah mendapat pendanaan dari luar selain APBD, program yang dianggap prioritas, dan urgensi serta kejelasan uraian kegiatan yang diusulkan oleh pengelola program. Selain pertimbangan di atas, adakalanya untuk program tertentu yang bersifat politis, akan ditentukan sendiri oleh kepala dinas. Sebagai contoh alokasi anggaran untuk program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang baru diluncurkan tahun 2009.

Stakeholder Program Kesehatan Ibu dan Anak

Berdasarkan hasil *brainstorming*, ada 26 kelompok/orang *stakeholder* aktual maupun potensial yang teridentifikasi dalam kaitannya dengan kebijakan program KIA, yaitu Kepala Dinas Kesehatan, Tim Perencanaan Dinas Kesehatan, Proyek DHS1 ADB, Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, Departemen Kesehatan RI, Bupati, Tim Anggaran Pemerintah Daerah/TAPD (Bappeda, Kepala Bagian Keuangan, Kepala Bagian Ekonomi dan Pembangunan), DPRD Kabupaten Kepahiang, Direktur RSUD, IBI, IDI, PPNI, PKK, Bagian Pemberdayaan Perempuan, Kantor Catatan Sipil dan Keluarga Berencana, Gabungan Organisasi Wanita (GOW), camat, kepala puskesmas, bidan koordinator, bidan di desa, kepala desa, tokoh masyarakat, kader kesehatan, masyarakat khususnya kelompok ibu hamil, kelompok masyarakat miskin, dan dukun bersalin.

Jika mengacu kepada Ortengen (2004), secara garis besar dalam penelitian ini terdapat 4 kategori *stakeholder* kebijakan program KIA, yaitu: 1) Kelompok target, yaitu kelompok masyarakat terutama ibu hamil, dan masyarakat miskin, 2) Kelompok pelaksana kegiatan yang terdiri dari: rumah sakit, puskesmas termasuk di dalamnya tenaga kesehatan terutama bidan, dokter, perawat, tenaga gizi dan sanitarian, kelompok penyelenggara pelayanan kesehatan swasta, kader kesehatan, 3) Kelompok pembuat kebijakan yang terdiri dari: Depkes, kepala dinas, tim perencanaan dinas kesehatan, TAPD, dan DPRD, dan 4) Kelompok penyandang dana yakni: Depkes, Proyek DHS1 ADB, Bupati (pemerintah daerah), dan masyarakat.

Pengetahuan, Minat dan Kepentingan Stakeholder

Tingkat pengetahuan *stakeholder* terhadap kebijakan program sudah cukup baik. Seluruh responden sudah pernah mendengar dan mengetahui tentang adanya kebijakan program KIA yang salah satu bentuk implementasinya adalah desa siaga. Pengetahuan responden diperoleh dari beberapa sumber informasi. Sebagian besar mendapatkan informasi langsung dari kegiatan sosialisasi yang diadakan

oleh dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten, dan dari media massa baik cetak maupun elektronik seperti televisi, koran dan radio, sebagaimana terungkap dari hasil wawancara berikut ini:

“Ya, sudah...dari kegiatan sosialisasi-sosialisasi baik yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kepahiang maupun Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu”. (R16)

“...ya pernah dengar, dari media masa kemudian juga dari apa...dinas kesehatan, dari bidan desa, dari puskesmas”. (R21)

“Ya sudah...ya jadi gini, yang pertama itu dari...pidato sendiri, pidato dari Menteri Kesehatan pada acara kegiatan..apa tu..hari kesehatan, yang kedua di media pun pernah kita dengar di televisi, bahkan yaitu di Kompas saya lupa itu..tapi saya pernah baca di Kompas ya..masalah program itu”. (R14)

Tabel dibawah ini menggambarkan tingkat pengetahuan responden terhadap program.

Tabel 2. Tingkat pengetahuan responden tentang kebijakan

Pengetahuan	Jumlah Responden
1 (kurang)	1
2 (sedang)	6
3 (baik)	16

Gambaran minat dan kepentingan *stakeholder* dapat dilihat dari harapan, manfaat, dan sumberdaya yang dimilikinya. Kegiatan-kegiatan program KIA telah memberikan kesempatan kepada mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan dasar yang amat dibutuhkan. Pelayanan kesehatan tersebut memungkinkan status kesehatan masyarakat menjadi lebih baik dan faktor-faktor resiko kematian ibu dan bayi dapat di atasi.

Kelompok kedua yang mendapatkan manfaat dan keuntungan secara langsung dengan adanya program adalah kelompok pelaksana program, internal dinas kesehatan terutama tenaga kesehatan. Kebijakan program banyak memfokuskan kegiatan pada upaya *capacity building* atau pembangunan dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan melalui berbagai pelatihan dan *workshop*. Melalui pelatihan-pelatihan akan memberikan banyak tambahan pengetahuan dan skill yang dibutuhkan.

Para birokrat dan anggota legislatif yang memiliki posisi sebagai pengambil keputusan, dan sekaligus merupakan *leader*, berkepentingan dalam pembentukan citra, reputasi, dan penilaian publik terhadap kinerja mereka baik secara lembaga/institusi maupun secara individu, misalnya anggota DPRD dimata konstituennya. Manfaat atau keun-

tungan yang diharapkan *stakeholder* sebagian memang bersifat tidak langsung. Dengan demikian secara umum dapat disimpulkan bahwa dampak minat dan kepentingan terhadap program adalah positif.

Posisi *Stakeholder* dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak

Penilaian seluruh *stakeholder* terhadap program adalah memberi manfaat kepada mereka baik secara langsung maupun tidak langsung, maka pada umumnya dan secara prinsip semua *stakeholder* berposisi mendukung dalam kebijakan ini. Berikut ini kutipan pernyataan beberapa orang *stakeholder* dari hasil wawancara terkait dengan hal tersebut.

“jadi sebetulnya...keenam-enam item ini ya sangat perlu ya, dan memang harus kita dukung, jadi kita memberikan dukungan dari sisi penyediaan SDM-nya, sehingga masyarakat kita di desa itu betul-betul... ee.. memahami sesungguhnya...ee..peran mereka untuk kegiatan ini, disamping kita harus memberikan dukungan anggaran untuk kegiatan ini melalui APBD kita...”. (R13)

“Ya, kalau saya terus terang..masalah program itu saya sangat setuju sekali, sebab kalau kita lihat dari apa itu.. angka kematian, kematian bayi, balita kemudian kematian ibu melahirkan.. itu untuk Indonesia itu masih cukup tinggi, jadi kita setuju dengan program itu..”. (R14).

Peran dan Keterlibatan *Stakeholder*

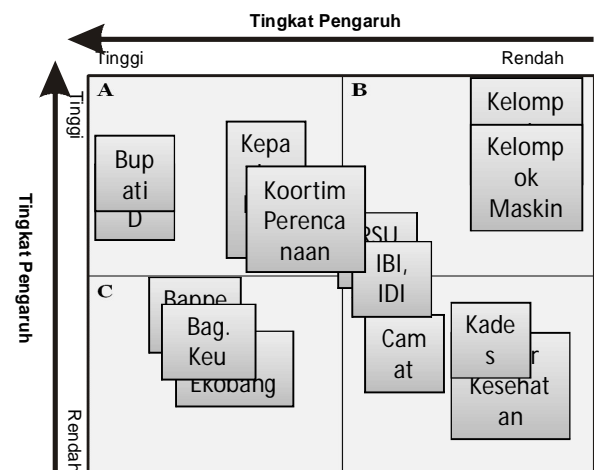
Pada pertengahan tahun 2005, tepatnya pada bulan Juni, ketika isu tentang kematian ibu secara global kembali menghangat, Menteri Kesehatan RI menetapkan kebijakan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) mewajibkan semua proyek pinjaman luar negeri dan APBN untuk mendukung kebijakan tersebut. Proyek DHS1 ADB merupakan salah satu sumber pendanaan yang berasal dari pinjaman luar negeri dan akan diperpanjang sampai dengan tahun 2008. Sejak saat itu Proyek DHS melakukan “*refocusing*” kegiatan proyek pada program kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak untuk mendukung kebijakan percepatan penurunan kematian ibu dan bayi yang masih cukup tinggi.

Kebijakan menteri kesehatan ditindaklanjuti dengan kunjungan beberapa pejabat departemen kesehatan dan Proyek DHS1 ADB ke daerah-daerah termasuk Provinsi Bengkulu dalam rangka melakukan advokasi dan sosialisasi. Proses mulai dari penyusunan agenda, perumusan kebijakan di daerah, termasuk penyusunan rencana strategis penurunan AKI dan AKB hingga tahap implementasi dan pendanaan program difasilitasi penuh oleh Depkes dan Proyek DHS1 ADB. Peran keduanya sangat dominan hingga akhir tahun 2008.

Selain peran penting yang dimainkan oleh Depkes, Proyek DHS1 ADB, dan Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu dalam proses dan implementasi kebijakan program KIA, ada sumber dana lain yang juga tidak kalah pentingnya dalam memberikan dukungan terhadap program dari segi penyediaan sarana dan prasarana yaitu Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan. Melalui dana DAK dan APBD telah dibangun 4 puskesmas baru, 3 puskesmas pembantu, dan 7 unit polindes lengkap dengan peralatan kesehatannya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terutama pelayanan KIA di desa-desa yang selama ini sulit dijangkau.

Pengaruh Minat dan Kepentingan *Stakeholder*

Pemetaan *stakeholder* berdasarkan penilaian pengaruh pentingnya *stakeholder* terhadap program dapat dikategorikan dalam empat kelompok sebagaimana terdapat pada gambar berikut ini:



Gambar 3. Pemetaan *Stakeholder* Berdasarkan Tingkat Kepentingan dan Pengaruh

Gambar di atas menunjukkan bahwa *stakeholder* berada dalam kotak A adalah *stakeholder* yang paling penting dan minat mereka harus mendapat keterwakilan dalam program. Perlu untuk membangun hubungan kerja yang baik dengan mereka, untuk memastikan koalisi yang efektif dari dukungan program. Demikian juga dengan *stakeholder* yang berada dalam kotak B yang memiliki minat paling kuat perlu terwakilkan dalam program. Mereka bisa menjadi penting untuk mempengaruhi pihak yang lebih kuat, dan kepentingannya perlu dilindungi. *Stakeholder* dalam kotak C adalah mereka yang dapat mempengaruhi program terutama dalam pendanaan tetapi tidak begitu punya kepentingan dengan

program. Mereka dapat menjadi resiko yang signifikan, perlu diperlakukan secara hati-hati dan dijaga kepuasannya. Sedangkan *stakeholder* yang berada dalam kotak D adalah bukanlah merupakan *stakeholder* kunci, mereka tetap memerlukan pemantauan yang terbatas, tetapi prioritasnya rendah.

Desain dan Advokasi Program Kejelasan Tujuan dan Sasaran

Dokumen resmi yang memuat penjelasan rinci mengenai kebijakan program KIA di Kabupaten Kepahiang termasuk tujuan dan sasarannya. Pengelola dan pelaksana program selama ini hanya mengikuti daftar isian pelaksanaan anggaran (DIPA) yang ada. Dahulu memang pernah ada dokumen rencana strategis KIA 2006-2008 yang disusun oleh staf proyek DHS.

Data dan Informasi Pendukung

Data dan informasi yang disajikan oleh pihak pengelola program KIA dianggap tidak valid, ini diungkapkan sendiri oleh kepala dinas. *Stakeholder* lain pun memiliki penilaian yang sama. Inilah yang menjadi alasan mengapa pihak-pihak yang seharusnya

melakukan advokasi tidak bisa *all out* berjuang pada saat pembahasan anggaran. Data dan informasi yang kurang lengkap dan valid ini menyebabkan argumen menjadi lemah, dan pada akhirnya pihak pengelola program gagal meyakinkan *stakeholder* baik internal maupun eksternal bahwa program KIA penting untuk mendapat prioritas dalam penganggaran APBD.

“.....supaya kita bisa mendapat dukungan yang kuat dari mitra, dalam hal ini seperti Bappeda sebagai unsur perencanaan, tentunya sangat mengharapkan kepada dinas terkait dalam hal ini dinas kesehatan itu ee.. memberikan data-data yang valid ya, data-data yang akurat kepada Bappeda dalam hal ini, sehingga dalam penyusunan program-program atau usulan program-program yang disampaikan oleh dinas kesehatan kepada kita itu bisa lebih mengarah, dan lebih menguatkan kita di dalam ee...menunjukkan permintaan daripada dinas kesehatan tersebut..”. (R16)
“dan saya rasa ...ee..anggota Panggar pun kalau memang ini dirasakan program ini menyentuh masyarakat, mereka akan dukung, asal syaratnya lengkap informasinya. Kadang-kadang informasi kurang lengkap, sehingga mereka..ee..dari..kalau diminta menjelaskan kami pun juga... menjelaskannya ya mungkin

Tabel 3. Rincian Kegiatan Program KIA dalam RKA-SKPD

Program	: Peningkatan Keselamatan Ibu dan Bayi	
Kegiatan	: Perawatan secara berkala bagi ibu hamil keluarga kurang mampu	
Indikator	: Tolok Ukur Kinerja	Target Kinerja
Capaian Program	: Peningkatan cakupan kunjungan ibu hamil, bayi dan terlacaknya kematian ibu, bayi dan balita	100%
Masukan	: Dana	40,030,000
Keluaran	: Diperolehnya data ibu hamil, bayi dengan resiko tinggi dan data kasus kematian	300 kasus
Hasil	: Pertolongan persalinan ibu hamil dengan resiko tinggi pada unit pelayanan kesehatan	80%
:		
Sub Kegiatan		
1. Penjaringan ibu hamil dengan resiko tinggi		11,070,900
	Belanja barang dan jasa	
	a. Belanja bahan pakai habis	668,400
	b. Belanja cetak dan penggandaan	192,500
	c. Belanja Perjalanan dinas	10,210,000
Program	: Peningkatan Keselamatan Ibu dan Bayi	
Kegiatan	: Perawatan secara berkala bagi ibu hamil keluarga kurang mampu	
2. Penjaringan bayi dengan resiko tinggi		7,659,800
	Belanja barang dan jasa	
	a. Belanja bahan pakai habis	731,800
	b. Belanja cetak dan penggandaan	168,000
	c. Belanja perjalanan dinas	6,760,000
3. Pelacakan kematian ibu, bayi dan balita		4,285,500
	Belanja barang dan jasa	
	a. Belanja bahan pakai habis	643,000
	b. Belanja cetak dan penggandaan	142,500
	c. Belanja perjalanan dinas	3,500,000
4. Monitoring, evaluasi dan pelaporan		17,013,800
	Belanja barang dan jasa	
	a. Belanja bahan pakai habis	691,300
	b. Belanja cetak dan penggandaan	3,422,500
	c. Belanja perjalanan dinas	12,900,000

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Kepahiang

hanya setengah-setengah, tidak penuh..bulat gitu, kalau misalnya bahan-bahan untuk hal ini lengkap, kami bisa sampaikan kepada beliau-beliau ini yang di DPRD, dan mereka biasanya mendukung kalau ini untuk menyangkut publik...menyangkut masyarakat.” (R18)

Unnecessary Activity

Penyusunan rencana anggaran dan kegiatan, pengelola program masih belum memahami substansi program, banyak rincian kegiatan yang tidak penting bahkan tidak perlu.

Bila diperhatikan dengan seksama, contoh uraian kegiatan di atas memang mengundang kontroversi. Oleh karena itulah ketika disampaikan pada saat rapat pembahasan dengan panitia anggaran DPRD banyak kegiatan yang dipertanyakan dan berujung pada penolakan. Kegiatan yang diajukan dinilai tidak relevan, tidak menyentuh substansi, dan tidak berpihak kepada masyarakat.

Advokasi Kebijakan Program

Upaya advokasi kebijakan program KIA oleh pejabat-pejabat Departemen Kesehatan dan Proyek DHS1 ADB agar program ini mendapat dukungan secara luas dari berbagai stakeholder terutama para pengambil keputusan di daerah sebenarnya sudah dilaksanakan. Pada akhir tahun 2005, bersamaan dengan sosialisasi perpanjangan waktu Proyek DHS sampai dengan tahun 2008, diadakan pertemuan dengan seluruh kepala dinas kesehatan dan kepala Bappeda kabupaten/kota se Provinsi Bengkulu, serta beberapa pejabat eselon II dan III di lingkungan Pemerintah Provinsi Bengkulu.

Upaya advokasi pun berlanjut di tingkat kabupaten. Banyak sekali kegiatan yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan melalui dana DHS dan dana dekon dalam rangka sosialisasi dan advokasi program yang bertujuan untuk menggalang dukungan dari para stakeholder lokal. Berikut ini uraian beberapa kegiatan dalam rangka advokasi program di kabupaten.

Kegiatan pertemuan dalam rangka sosialisasi dan advokasi yang dilaksanakan secara formal dan pelatihan-pelatihan mulai dari tingkat provinsi, kabupaten hingga kecamatan, tidak sedikit biaya yang telah dihabiskan. Waktu yang seharusnya lebih banyak digunakan oleh tenaga kesehatan seperti bidan dan yang lainnya untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, habis untuk mengikuti satu pertemuan ke pertemuan lain, dari satu pelatihan ke pelatihan lain. Maka tidaklah mengherankan bila kegiatan-kegiatan dari dana dekon dan Proyek DHS1 ADB banyak mendapat kritikan meskipun tidak sedikit juga pihak yang merasa diuntungkan.

Kegiatan-kegiatan tersebut tidak sebanding dengan biaya yang telah dikeluarkan, artinya upaya advokasi yang dilakukan di daerah tidak begitu efektif dan efisien seperti yang dilakukan oleh agen-agen internasional, kelompok-kelompok kepentingan, dan lembaga donor dalam mempengaruhi kebijakan di tingkat pusat.

PEMBAHASAN

Komitmen politik adalah keputusan para pemimpin untuk menggunakan kekuasaan, pengaruh dan keterlibatan pribadi mereka untuk memastikan program diterima, mengambil kepemimpinan, mengerah-

Tabel 4. Kegiatan pertemuan dalam rangka advokasi program KIA sumber dana DHS1 ADB (2006-2008)

No.	Nama Kegiatan	Frekuensi	Pelaksana	Peserta/sasaran
1	Workshop penyusunan rencana kerja tahunan	Setiap tahun	Seksi perencanaan	Bappeda, kepala puskesmas, kbid, dan pengelola program di dinkes
2	Workshop pembentukan DTSP	1 kali	Seksi perencanaan	RSUD, Bappeda, puskesmas dengan POND, perwakilan 5 disiplin ilmu kesmas
3	Advokasi dan sosialisasi pemberdayaan wanita dan keluarga	2 kali	Pengelola program KIA	Bag. Pemberdayaan Perempuan Pemkab. Kepahiang, camat, kepala desa, tokoh masyarakat kader posyandu
4	Workshop penyusunan SKD	1 kali	Seksi perencanaan	Lintas sektor dan lintas program
5	Workshop GSI dan model desa binaan	1 kali	Pengelola program KIA	Puskesmas, camat, kepala desa, tokoh masyarakat, kader posyandu
6	Sosialisasi Desa Siaga	1 kali	Seksi promosi kesehatan	Puskesmas, camat, kepala desa, tokoh masyarakat, kader posyandu
7	Pembentukan Desa Siaga	1 kali	Seksi promosi kesehatan	Puskesmas, camat, kepala desa, tokoh masyarakat, kader posyandu
8	Pelatihan kader posyandu	5 kali	Seksi promosi kesehatan	Kader posyandu
9	Pertemuan lintas sektor dan lintas program	Setiap tahun	Seksi perencanaan	Lintas sektor dan lintas program

kan sumber daya, dan memberikan dukungan politis berkelanjutan untuk dukungan tindakan yang efektif dalam mengatasi masalah kematian ibu. Pada tingkat nasional, komitmen politik untuk penurunan AKI dan AKB di Indonesia tergolong tinggi dibandingkan dengan 4 negara berkembang lainnya (Honduras, India, Guatemala, dan Nigeria), terutama pada era kepemimpinan Presiden Suharto tahun 1987-1997³.

Kebijakan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sebagai satu bentuk komitmen Indonesia terhadap isu kesehatan global tidak terlepas dari pengaruh dunia internasional. Banyak aktor dengan berbagai latar belakang kepentingan, meskipun itu tidak sedikit yang bersifat positif, ikut bermain dan berperan penting dalam proses pengambilan keputusan di tingkat nasional. Ini merupakan faktor eksternal. Di dalam negeri sendiri dipengaruhi oleh para birokrat yang berhasil mengembangkan proposal untuk mengatasi masalah yang lebih fokus pada kejadian dengan indikator-indikator yang jelas⁴.

Peraturan Pemerintah No. 8/2008 tentang Tatahan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah, pada pasal 36 ayat (1) butir c menyebutkan bahwa: program, kegiatan dan pendanaan disusun berdasarkan program prioritas urusan wajib dan urusan pilihan yang mengacu pada standar pelayanan minimal sesuai dengan kondisi nyata daerah dan kebutuhan masyarakat. Program KIA adalah program prioritas secara nasional, oleh karena itu sudah semestinya pemerintah daerah mengalokasikan anggaran sesuai dengan kebutuhan dan tingkatan prioritas tersebut. Jika mengacu kepada SPM, maka lebih jelas lagi bahwa program KIA merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar dengan 8 indikator yang wajib dipenuhi.

Rendahnya alokasi anggaran program KIA yang bersumber dari dana APBD tidak terlepas dari pengaruh proses pengambilan keputusan yang bersifat politis. Meskipun sudah diketahui bahwa program KIA merupakan kebijakan nasional dan beberapa kegiatan yang akan dilakukan adalah intervensi yang paling efektif untuk mengatasi masalah kematian ibu dan bayi, tetap saja tidak akan dipilih jika tidak mendapat dukungan dari kekuatan politis yang memiliki akses terhadap penggunaan sumber daya, baik di parlemen maupun pemerintah⁵.

Ada beberapa alasan yang menyebabkan kegagalan meneruskan kegiatan. Pertama *stakeholder* lokal kurang terlibat dalam fase pembentukan program. Mereka bahkan tidak mengetahui jika kegiatan-kegiatan yang sedang berlangsung akan memiliki konsekuensi dalam tanggung jawab meneruskan. Kedua, *stakeholder* lokal merasa bahwa kegiatan-

kegiatan yang sudah dilakukan telah memberikan kesempatan dan manfaat bagi pihak luar. Ketika mereka sudah tidak memiliki kesempatan lagi, mereka pergi dan pihak lokal baru diberi kesempatan. Mereka kadang-kadang merasa pola seperti itu mendudukkan pihak lokal sebagai korban, bukan sebagai su-byek dalam masyarakat.

Tugas perencana untuk memahami bagaimana rencana tindakan akan mempengaruhi berbagai penyedia kesehatan, perkumpulan-perkumpulan profesional, klien-klien, pejabat-pejabat pemerintah, dan para birokrat. Pemahaman demikian akan menghasilkan sikap menerima yang realistis terhadap berbagai kendala tertentu yang menghambat tindakan. Lebih penting lagi, hal ini memungkinkan perencana untuk mendayagunakan arena politik secara positif sehingga memperoleh penerimaan terhadap suatu rencana yang dibuat untuk menyeimbangkan kebutuhan dan perhatian dari berbagai kelompok terlibat⁶.

Perencanaan kesehatan tidak bisa berjalan dengan baik jika tidak didukung dengan data kuantitatif dan kualitatif yang memadai. Data-data demografi, sosial ekonomi, dan epidemiologi mempunyai peran sentral. Tetapi permasalahannya, data akurat yang diperlukan dalam perencanaan umumnya tidak tersedia. Dinas kesehatan diharapkan mampu melakukan survei tentang situasi kesehatan dan menjaga kualitas sistem pencatatan dan pelaporan, sehingga memiliki data yang dibutuhkan untuk perencanaan. Selain itu, informasi biaya juga sangat berguna untuk pengambilan keputusan. Menurut Maryanti⁸, ada dua jenis informasi biaya yang dapat dimanfaatkan oleh dinas kesehatan, yaitu: 1) informasi keuangan, dan 2) informasi non-keuangan. Informasi biaya berguna untuk mengetahui apakah input yang dikorbankan memiliki nilai ekonomis yang lebih rendah daripada nilai outputnya atau sebaliknya, apakah kegiatan yang dilakukan memperoleh hasil seperti yang diharapkan atau tidak, dan berguna untuk mengalokasikan berbagai sumber ekonomi yang dikorbankan dalam menghasilkan sumber ekonomi lain⁷.

Advokasi dan komunikasi yang efektif dapat berhasil bila dapat mempengaruhi pembuatan kebijakan dan implementasinya terhadap para *stakeholder* primer, mitra, kunci ataupun lawan. Identifikasi dan analisis kepentingan *stakeholders* merupakan langkah awal dalam pelaksanaan advokasi dan komunikasi. Hasil dari analisis *stakeholder* ini dapat memberikan asupan untuk teknik yang akan dipilih dalam memberikan advokasi dan komunikasi. Pemilihan bahan yang digunakan dalam melakukan advokasi dan komunikasi juga merupakan hal yang menentukan keberhasilan pelaksanaan advokasi dan komunikasi.

Hasil penelitian menunjukkan kegagalan advokasi di tingkat lokal kabupaten jika dilihat dari upaya-upaya yang dilakukan oleh dinas kesehatan dan Proyek DHS1 ADB dalam mengadvokasi program masih terlalu banyak kegiatan yang bersifat formal, kurang sistematis dan tidak terfokus pada *stakeholder* kunci. Banyak kegiatan tersebut yang seperti ini menjadi sia-sia dan menghabiskan anggaran saja, tidak seperti apa yang dilakukan oleh para pemain atau konsultan, para agen internasional yang begitu pandai membungkus isu sehingga mampu mempengaruhi keputusan sampai pada tingkat pemimpin teratas yaitu presiden⁷.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Komitmen politik untuk program KIA di Kabupaten Kepahiang masih terbilang rendah, terbukti dengan belum adanya peraturan daerah, keputusan bupati atau kepala dinas yang secara khusus memberi perhatian terhadap upaya penurunan AKI dan AKB. Selain itu alokasi anggaran untuk program KIA yang bersumber dari dana APBD di Kabupaten Kepahiang masih sangat minim, padahal program KIA merupakan program prioritas yang semestinya mendapatkan alokasi anggaran yang cukup. Lagipula jika mengacu kepada Permendagri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan SPM, dan Revisi Kepmenkes No 1457/2003 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, maka program KIA adalah satu diantara urusan yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah daerah yaitu pelayanan kesehatan dasar.

Saran

Perlu adanya upaya sosialisasi tentang SPM dan peraturan perundang-undangan lainnya yang terkait dengan kewenangan wajib bidang kesehatan yang menjadi urusan pemerintah daerah untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran para pengambil keputusan akan pentingnya program KIA. Selanjutnya menggalang dukungan dengan melibatkan para politisi dan kelompok profesi serta berbagai kelompok kepentingan lain untuk menyusun rancangan

Perda atau setidaknya SK Bupati yang menjadi dasar hukum yang mengikat semua pihak agar berperan dalam upaya peningkatan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi.

Optimalkan kembali peran dan fungsi Tim Perencanaan Dinas Kesehatan, libatkan seluruh kelompok yang berkepentingan (*stakeholder*) dalam proses perencanaan dan penganggaran. Jalin komunikasi, koordinasi dan sharing informasi secara intensif dengan merestrukturisasi tim pemecahan masalah tingkat kabupaten (DTPS) dengan melibatkan Bappeda dan *stakeholder* penting lainnya.

REFERENSI

1. Departemen Kesehatan RI, Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi tahun 2007, available from <<http://bascommetro.blogspot.com/2009/05/aki-dan-akb-tahun-2007>> [Accessed June 25, 2009].
2. Departemen Kesehatan RI, Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010, Jakarta, 2001.
3. Shiffman J, Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries, *American Journal of Public Health*; May 2007;97(5):796.
4. Murti, B., Trisnantoro, L., Probandari, A., Maryanti, Hardianto, D., Hasanbasri, M., dan Wisnuputri, T (2006) *Perencanaan dan Penganggaran Untuk Investasi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Kota*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
5. Reinke, W. A (1994) *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
6. Murti, B., Trisnantoro, L., Probandari, A., Maryanti, Hardianto, D., Hasanbasri, M., dan Wisnuputri, T (2006) *Perencanaan dan Penganggaran Untuk Investasi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Kota*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
7. Shiffman, J (2003) *Generating Political Will for Safe Motherhood in Indonesia*, Paper, *Social Science and Medicine*, 56(6):1197-1207